(Ingresan a Sala representantes del Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva)

**SEÑOR PRESIDENTE.-** La Comisión de Hacienda tiene mucho gusto en recibir a los representantes del Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, al doctor Antonio DURAN, Presidente, al doctor Julio Spiess, Vicepresidente, al doctor Daniel Sica, Tesorero, al doctor Elbio Milano, vocal, al contador José Luis Sales, asesor económico, y al doctor José Antonio Kanaid, asesor jurídico.

Quisiera comentar a nuestros invitados que debemos finalizar esta reunión a la hora 11 y 45 minutos, por lo que les pedimos que sean lo más concretos y breves posible. Es muy bueno entonces que ya nos hayan dejado un memo y les pido que, si en el mismo no constan algunas de sus sugerencias, nos las hagan llegar a los efectos de que, cuando evaluemos el proyecto, contemos con ellas.

**SEÑOR DURAN.-** Antes que nada, quiero agradecer que nos hayan recibido y, especialmente, la celeridad con que lo hicieron ya que solicitamos esta entrevista el lunes de noche y en el día de hoy, que es jueves, ya nos están recibiendo.

No todo el mundo conoce las cinco instituciones del Plenario, que cuentan con 160.000 socios y 5.000 funcionarios; se dice que por cada funcionario hay cinco cargos indirectos, por lo que estamos hablando de 25.000 cargos indirectos, es decir, de 30.000 cargos en función en este momento.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Creo que sería bueno nombrar dichas instituciones.

**SEÑOR DURAN.-** Las mismas son GREMCA -de la cual no ha concurrido ningún representante- Universal -representada por el doctor Sica- SMI -cuyo representante es el doctor Spiess- CUDAM -representada por el doctor Milano- e IMPASA, a quien representa quien habla.

Desde el punto de vista de la infraestructura, el Plenario de instituciones tiene todo, pues cuenta con sedes secundarias en todo Montevideo, estratégicamente ubicadas. Con respecto a la asistencia secundaria y terciaria, hay todo lo que se requiere para cumplir un excelente segundo y tercer nivel. Tenemos más de 50 años de existencia, sin fines de lucro a nivel de todas nuestras instituciones. Además, somos las instituciones más solidarias desde el punto de vista de los tiquets, pues son los más bajos del sistema -incluso antes de la crisis del 2002- y tenemos el mejor índice de gestión y de accesibilidad al sistema.

Superada la crisis de 2002, con el sacrificio fundamentalmente de los salarios de los funcionarios médicos y no médicos, logramos un superávit operativo y que la mayoría de las instituciones no tengan déficit financiero.

Nosotros cumplimos a rajatabla todas las imposiciones del Ministerio de Salud Pública, pero no sé si todas las instituciones lo hacen. Hubo un aumento de costos que permitió que cuatro o cinco funcionarios se dedicasen específicamente a verificar el cumplimiento de las Ordenanzas del Ministerio de Salud Pública.

Hay un aumento incesante de los protocolos, las tecnologías y los medicamentos que se utilizan a diario. No solamente se trata de la medicina defensiva que algunos acusan, sino que los protocolos internacionales van incorporando nueva tecnología y medicación para determinadas enfermedades. Esto lo hace, por ejemplo, el Fondo Nacional de Recursos. Para que éste nos dé tecnología se requiere un costo importante por parte de las instituciones y, a diferencia de lo que sucede con las del interior, se nos exige cada vez más y esto lo vamos subsidiando con la cuota.

Estamos inmersos en un sistema absolutamente inestable con U$S 332:000.000, según el último dato que tenemos del 30 de junio de 2006. No entendemos que, luego de 18 meses de estudios en secreto, a fin de año apunten a efectivizar una reforma compleja, experimental, sin antecedentes nacionales ni internacionales y que no agrega nada al proyecto final del Sistema Integrado de Salud propuesto. No comprendemos por qué se lleva a cabo todo este sistema de la “ley chica”. Así terminamos con uno de los elementos más importantes que tenemos los uruguayos, que hemos defendido y que ha sido copiado en el mundo, que es la solidaridad intergeneracional.

Este proyecto de ley no surgió de un consenso. Se presentó en el Consejo Consultivo, no hubo Comisiones previas y en él no se aplica una política de Estado. Todos los partidos intervinientes en las elecciones pasadas dijeron que la política de salud era una política de Estado que garantiza, entre otras cosas, la sustentabilidad en el tiempo, el mayor apoyo y la transparencia. No obstante, no hay un solo artículo que se refiera a la asistencia del primer nivel.

En cuanto al impacto sobre los ingresos, las cápitas de una parte de los afiliados de DISSE -que se nos entregaron y que figuran en la última gráfica de la documentación que tienen los señores Senadores, donde pueden observar las gráficas que el Ministerio de Salud Pública nos facilitó- llevan a una de las mayores inequidades interinstitucionales que hayan existido. Me pregunto por qué tenemos que pagar nosotros la ineficiencia de otras empresas a costa de las empresas del Plenario que en este momento están saneadas.

Nosotros seguimos a rajatabla las propuestas del PROMOS, que establecía que se bajara la franja etárea por edad. La política interna que se siguió durante los últimos tres años, fue justamente bajar dicha franja para tratar de tener una mayor capacidad y un superávit operativo. Sin embargo, el 60% o 70% de los socios DISSE actuales son jóvenes. Hay un 30% que permite compensar un sustento de $ 384 -que se observa en la gráfica- que sería la cuota que fijaría el Ministerio de Salud Pública para los hombres jóvenes entre 18 y 44 años. En nuestras instituciones, que tienen entre 60% y 70% de socios DISSE, esto pega y mucho.

Entonces ¿qué es lo que se pretende? Cada uno tendrá su opinión, y no voy a entrar a hacer suposiciones respecto de lo que pueda ocurrir. A todo esto debemos sumar los costos incesantes que conlleva lo que deriva de la salud y que, poco a poco, se nos van imponiendo. Además, tenemos un problema que todavía el Ministerio de Salud Pública no advirtió y que nos preocupa, que es el relativo a los convenios. Hay que destacar que estamos poniendo en riesgo nada menos que 5.000 fuentes laborales.

Por otro lado, no entendemos que ahora, en medio de la inestabilidad por la que atraviesa el sistema, se penalice a las instituciones saneadas castigándolas con sumas millonarias y que, a la vez, se beneficie a otras. Si esto no fuera real, diríamos que tendríamos que esperar la "ley grande" -que no sabemos cuándo se aprobará- y determinar el déficit que efectivamente nos generará todo esto, para intentar paliarlo. De todos modos, advertimos aquí una contradicción importante, porque uno de los fundamentales requisitos -y el primero- para ingresar al sistema, es que las instituciones estén saneadas económicamente, por lo que, si esta "ley chica" se aprueba, no podríamos ingresar al mismo.

Antes de terminar con mi exposición y ceder el uso de la palabra al doctor Kamaid, quiero señalar que, si esta ley se aprueba, nos van a tener -lamentablemente para ustedes- muchas veces aquí en el Parlamento, pero no solamente a nosotros, porque vamos a venir con los funcionarios y con los usuarios, ya que nuestras instituciones no van a poder formar parte del Sistema Integrado de Salud ni salir adelante con el nuevo sistema. Además, hay que tener en cuenta que se perderá una infraestructura multimillonaria que el país no se puede dar el lujo de despreciar.

Pediría al doctor Kanaid que haga referencia a algunos aspectos del documento que queríamos resaltar.

**SEÑOR SPIESS.-** Antes de que haga uso de la palabra el doctor Kanaid, quisiera hacer un breve resumen de todo lo que aquí se ha manifestado.

Lo que estamos diciendo es que hay instituciones que han hecho un esfuerzo muy grande, que han seguido coordenadas marcadas por el Ministerio de Salud Pública y por programas desarrollados por el BID, que han logrado su equilibrio económico y operativo y que algunas de ellas también están correctas en la parte financiera. Aclaramos que no nos oponemos al Sistema Nacional Integrado de Salud en sí mismo, ni a que se implemente un mecanismo de pago per cápita. Lo que sí decimos es que se debe aplicar un sistema o el otro; lo que no funciona es la mezcla de ambos. Esto es muy sencillo y lo explicaré en unos minutos. Cuando se dice que se va a tomar en cuenta la franja de afiliados que paga el Banco de Previsión Social, estamos hablando de los afiliados más jóvenes. En el material que hemos entregado a la Comisión, se podrá ver una gráfica en forma de "U" que muestra claramente la distribución de la población en base a los costos y a los gastos que produce, en la que los más jóvenes -es decir, aquellos que se encuentran en la etapa laboral activa y que, en general, coinciden con los afiliados por DISSE- se encuentran en la base. Precisamente, nuestras instituciones tienen una gran cantidad de afiliados por DISSE, ya que muchas de ellas se originaron en las antiguas

Cajas de Auxilio -que luego desaparecieron- que surgieron netamente en el sector de los trabajadores. Como verán en la gráfica a que hacía referencia, en los extremos vemos a los niños -que gastan mucho por el tipo de asistencia que requieren- y a la gente que va cumpliendo años y que cada vez comienza a gastar más. Hasta ahora el funcionamiento es el siguiente: hay una cuota regulada por el Ministerio de Economía y Finanzas de la cual, a su vez, se nos paga a las mutualistas una cuota única que deriva de determinados promedios y cálculos, que no voy a explicar en este momento. Dicha cuota, en algunos casos, sobra para cubrir los gastos y de esa manera se compensa los casos en que no alcanza. Este simple mecanismo constituye lo que es la solidaridad intergeneracional en cuanto a los costos.

Lo importante de todo esto es que, en el futuro, la forma de pago va a ser per cápita, y nosotros estamos de acuerdo con ello porque, calculando bien las cápitas de los costos, las cosas van a andar muy bien. Con lo único que no estamos de acuerdo es con la aplicación de un sistema de riesgo al sector que nos financia -el de menos riesgo es financiado por el de más riesgo- dejando la cuota prefijada por parte del Ministerio de Economía y Finanzas. Indefectible y claramente, eso nos lleva a una desfinanciación mensual del orden de muchos cientos de miles de pesos, que en nuestras instituciones representa alrededor del 6 %, 8 % y 10 % de los ingresos.

**SEÑOR KANAID.-** Como ustedes saben, esta iniciativa -que usualmente se denomina “ley chica”- es un paso más en el proceso de implementación del Sistema Nacional Integrado y comienza con la extensión de lo que se llamaba la base DISSE, incluyendo a un número de funcionarios públicos que hasta ahora no estaban participando del sistema.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Quisiera formular la siguiente interrogante a nuestros invitados. Si nosotros dejamos el artículo 7º del proyecto de ley tal como está y sólo le cambiamos la fecha, introduciendo una más laxa y estipulando que comenzará a funcionar a partir de un año o año y medio, cuando ya esté sancionada la otra ley, ¿la situación mejoraría?

**SEÑOR SPIESS.-** Sería mejor

**SEÑOR KANAID.-** Como bien decía el doctor Spiess, eso sería mejor. Nosotros tenemos varios comentarios sobre el proyecto de ley, pero no vamos a agotar la paciencia de los señores Senadores refiriéndonos a todos los puntos. El aspecto que hoy nos genera principal preocupación, como bien decía el doctor, es el tema de las cápitas, porque implica establecer un sistema mixto que no conocemos que tenga antecedentes en ninguna otra parte del mundo, pagando por riesgo buena parte de la población y por costo fijo el resto. Se quiebra el principio de solidaridad sin llegar a pagar totalmente por riesgo. En el caso concreto -y visto lo que se ha esbozado como proyecto de ley grande, según el cual las instituciones deberán cumplir determinadas metas económicas, financieras y asistenciales- prevemos tajantemente que en este período de transición -que podrá ser más o menos corto, y esperamos que no sea excesivamente largo- nuestras instituciones no van a poder afrontar la situación y llegarán -las que lleguen- a la ley grande rengas o muy maltrechas y tal vez no en condiciones para ingresar al sistema. Este es el punto básico de nuestra preocupación y discrepancia con el proyecto de ley. ¿Por qué? No sólo porque no es solidario, sino, además, porque no es equitativo entre las instituciones. La composición de los padrones determina que la afectación por la introducción de un sistema mixto capitación-pago fijo sea desigual para todas las instituciones. No es correcto considerar que el sector DISSE de los funcionarios públicos que se incorpore es representativo de la población de todo el país. Ello no es así; no es representativo en cuanto a composición etaria, género y consumo, y allí está el principal obstáculo y el impacto diferencial que tendría esta iniciativa. En este momento, no vemos razón real para que se establezca un sistema de este tipo que haga coexistir los dos sistemas. Hemos consultado a las autoridades del Ministerio de Salud Pública, a la gente del área de economía de la salud, acerca de cuáles son las razones para ello, en el entendido de que debe existir un estudio de impacto previo. No conocemos ese estudio, pero sí sabemos cómo nos pega a cada una de las instituciones que representamos. Pensamos que, de esta forma, no se esta contribuyendo al objetivo final, sino todo lo contrario. Entonces, sin estar en contra del sistema de capitación -como se decía anteriormente- en la medida en que se implante a todo el universo...

(Intervención del señor Presidente que no se escucha)

-Eso está claro, y esa es nuestra preocupación principal. La posibilidad de postergar este aspecto sería para nosotros la diferencia entre la vida y la muerte, en el entendido de que, en cuanto las cápitas estén bien calculadas, en el sistema global estaríamos en situación de equilibrio.

El proyecto incluye otras referencias, que exceden al tema de la capitación y que tienen que ver con la intervención. Como es sabido, cuando el sistema esté implementado -y ya a partir de la "ley chica"- van a coexistir prestadores públicos y privados en un régimen de competencia. No tenemos claro cuál va a ser ese régimen de competencia ni cómo se va a regular. No hay un mecanismo que garantice -por lo menos, nosotros no lo vemos- una competencia igualitaria.

Por otra parte, sabido es que Salud Pública arranca con un déficit asistencial y una carencia de recursos -atraso histórico- que habrá que subsanar. Pero lo que sí consideramos importante es que a la hora de competir existan reglas claras. Eventualmente, nosotros planteamos que haya una unidad reguladora de esos aspectos que permita que el proceder de unos y otros sea regido por reglas parejas. Vamos a estar compitiendo por un mercado acotado; si bien la salud no debería ser una mercancía, lo que es innegable es que las empresas y Salud Pública competirán por ese mercado acotado.

A todo esto, con respecto a ASSE -en todo caso, esto se anuncia aquí y en el proyecto "grande" que vendrá después, se complementaría- se establecen normas en cuanto a la calidad de la prestación de servicios y demás en las cuales, por lo que decía anteriormente en cuanto a la competencia, no vemos referencias sobre cómo se evaluará la actividad de Salud Pública. Este aspecto nos preocupa y consideramos que debería, por lo menos, ser analizado con un poco más de detalle.

**SEÑOR SALES.-** Simplemente quería cuantificar cuál es la población que quedaría fuera de esta implementación parcial.

De acuerdo a la información del Instituto Nacional de Estadística, tenemos que casi un 24% -más precisamente, un 23, 9%- corresponde a la población que tiene entre 0 y 14 años. Por otro lado, en el total del país existe una población que alcanza al 13,28% de más de 65 años.

Entonces, en primer lugar debemos tener en cuenta que en la franja de población que va de 0 a 14 años, evidentemente, no tenemos ningún trabajador en DISSE, o sea que ese 24% ya quedaría afuera.

En segundo término, quiero decir que si bien la población de más de 65 años representa, en el total del país -como recién decía- un 13,28%, en nuestras instituciones ese porcentaje es, a lo sumo, de un 6% o un 7%, porque tampoco todos ellos se mantienen activos.

O sea que solamente con estos dos estratos etarios, quedaría fuera del sistema de aplicación parcial de estas cápitas -como bien se explicó- un porcentaje mayor al 30%. A esto hay que sumarle toda la población activa que, a su vez, no aporta a DISSE o que no está dentro de la cadena formal de trabajo; este sector también quedaría fuera de la aplicación de este sistema de cápitas.

Entonces, se podría decir que se puede ir probando, pero eso sería posible si la muestra fuera representativa pero, al no serlo, evidentemente, estamos aplicando -como bien se planteaba hoy- un sistema en el que se paga por riesgo a aquellos que tienen, justamente, menor riesgo, dejándose afuera a quienes hoy en día están contemplados a través de la solidaridad intergeneracional.

**SEÑOR ALFIE.-** Quiero hacer una sola pregunta, más allá de que, como economista que soy, debo decir que, en realidad, nosotros los uruguayos sí pagamos la solidaridad, pero a las mutualistas en un sistema de seguro de prima nivelada y nada más. Así es como funcionan los seguros de prima nivelada en todos los lugares del mundo que aplican ese sistema de seguro. Ahora bien, si queremos llamarle a esto solidaridad intergeneracional e intergénero, debemos tener en cuenta que estamos hablando de la prepaga; básicamente, es así.

Por otra parte, existen amplios desarrollos teóricos acerca de cómo funcionan los seguros, en especial, los de la salud, que representan un capítulo muy particular en todo lo que significan las finanzas públicas; este es un tema muy complicado.

Por lo complicado que es todo esto, como decía, tengo una pregunta para hacer, Aquí se ha expresado varias veces que se está de acuerdo con un sistema de cápitas general y no parcial. Ahora bien, el sistema de cápitas general, con el cual, particularmente, estoy de acuerdo -es más, puedo

decir que ya en el año 1999 se había hecho una propuesta en este sentido- puede aplicarse de dos maneras. Una de ellas es la que se esboza en el anteproyecto de ley, donde básicamente es todo público y, otra, es mediante un mecanismo por el cual pueda haber efectores privados con cierta libertad, haciendo funcionar un seguro de una manera razonable. La primera pregunta que quiero hacer es la siguiente: el Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, ¿sólo se pronuncia sobre el primer aspecto o también sobre el anteproyecto de ley?

Por otro lado, el contador Sales nos ilustró y expresó que, básicamente, un 37% de la población -de acuerdo con las estadísticas- quedaría fuera de este sistema. A esto se agrega un elemento que todos sabemos, que es que algunos aportan al Banco de Previsión Social, más los propios patronos que no tienen derechos y demás, con lo cual se alcanzaría el 60%, en números gruesos, que es más o menos lo que ustedes dicen que tienen de afiliados. Entonces, la segunda pregunta que quiero hacer es: cuando se habla de cientos de miles de pesos, ¿cuántos cientos de miles de pesos se calcula en promedio, por institución, que se necesitan para compensar una cuota de $ 384? Es claro que con $ 384 -más o menos U$S 16- no hay salud en ninguna parte del mundo y no hay sistema que aguante; podrá haber una parodia, pero no un sistema de salud como tal.

**SEÑOR SPIESS.-** Creo haber entendido la primera pregunta y respondemos que no estamos en desacuerdo con que se pague por cápita de riesgo como se propone en este caso, sobre todo, cuando las cosas se hacen bien y correctamente, como suponemos que se van a hacer, es decir, sujeto a los costos. Eso va a incluir, al final del sistema, a todos los uruguayos y uruguayas.

Me pareció entender que el señor Senador Alfie se refería a si podía haber algún sistema que superara lo basal que va a dar el Sistema Nacional Integrado de Salud. Quizás no entendí bien, pero pienso que ese plus de la base que determine el Estado y que hay que brindar a todos los seres humanos que habitan esta República -es cierto, se va a poder agregar un plus- lo va a pagar la persona individualmente. Por ejemplo, puede tratarse de una habitación individual o de una sala VIP, pero eso lo paga quien quiere.

No sé si comprendí bien la pregunta del señor Senador Alfie.

**SEÑOR ALFIE.-** No; en el sistema de cápitas o de pago, quien brinda el servicio, de acuerdo al riesgo, recibe su ingreso de un fondo general. Esa es una forma de organizarse. Ahora bien, en esa forma de organización, los que brindan el servicio pueden integrar un sistema público y general como está planteado en el anteproyecto o puede ser un sistema en el que los actores privados tengan su libertad y relevancia. Entonces, la pregunta era para saber si ustedes se pronuncian sólo sobre el primer aspecto y no sobre el segundo.

En cuanto al otro punto, en mi opinión, luego de haber leído y estudiado el anteproyecto, acá va a haber salud para todo el mundo y salud para unos pocos ricos que van a poder pagar un adicional. Eso queda clarísimo. Pero no pretendo que ustedes digan esto, sino que mi pregunta es para saber si se pronuncian sólo sobre el primer punto o también sobre el proyecto de ley en sí mismo.

**SEÑOR SPIESS.-** Sin duda, nos hemos pronunciado -soy integrante del Consejo Consultivo- en el sentido de apoyar este proyecto de ley, pero hemos intentado marcar las bondades del sistema privado, que han hecho que hoy tengamos en el Uruguay 153 años de experiencia en esto. Si se quiere, eso ha permitido mantener gran parte de los mejores indicadores que tiene la República y, asimismo, en el sistema de salud han sostenido el balance para no tener indicadores espantosos en algunos lugares. Nuestra prédica ha sido la de que hay que tener mucho cuidado para no derrumbar lo que se ha conseguido. Por ejemplo, hablamos de un indicador que a todos nos es muy sensible, como el de la mortalidad infantil. Cuando enviamos los datos al SINADI, pudimos comprobar que las instituciones aquí representadas no pasaban de un cinco por mil, si bien ahora ese porcentaje ha bajado en el país y actualmente se ubica en un 12% o 13%. Como es sabido -porque todos los días sale publicado en los diarios- hay zonas en donde los indicadores han disminuido, pero se debe tener presente que llegaron al 28% y 30%, como ocurrió en Bella Unión y Artigas, es decir, en zonas que tradicionalmente son más pobres y a donde no llega la asistencia médica a la población.

Entonces, decimos que se debe tener cuidado de no destruir este sistema, sino que, por el contrario, hay que apoyarlo. Nos permitimos decir en este ámbito que se debe tener presente que con esto nos pueden pegar muy fuerte y, como consecuencia, bajar las prestaciones y la calidad que hoy estamos dando.

**SEÑOR DURAN.-** Entendí que el señor Senador Alfie se refería al segundo gran proyecto. Más allá de ello, tenemos discrepancias con el proyecto de ley más grande, pero en este caso creímos oportuno hacer nuestro planteo porque nos jugamos la vida en esta parte de la reforma que se impulsa por esta iniciativa.

**SEÑOR SALES.-** Las instituciones que componen el Plenario tienen unos 160.000 afiliados. Tomando en consideración que la cuota actual es del orden de los U$S 30, estamos hablando de un ingreso aproximado de U$S 60:000.000 anuales. Hemos hecho estudios que nos han permitido observar que el impacto de la aplicación parcial de estas cápitas sería de un 8% a un 10% de nuestros ingresos. Ello supone cifras millonarias en dólares que, para instituciones que están saliendo de la crisis -como bien explicaba el doctor DURAN al principio- son muy significativas.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Les agradecemos la presencia.

Se levanta la sesión.

(Así se hace. Es la hora 11 y 48 minutos)